

記入例

レゾナック健康保険組合 常務理事 殿

① 医療費通知
 保険給付決定支払通知書
交付依頼書

依頼者情報	2 申請年月日	令和 ○年 ○○月 ○○日		3 事業所(会社)の名称	株式会社○○○○○	
	被保険者証の記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ	
		1 2	3 4 5 6 7		健保 太郎	
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ・ <input type="checkbox"/> 平成 ○○年 ○月 ○日				
	被保険者住所	(〒 105-0012) 東京都港区芝大門X-X X-X X				
電話番号	000 (0000) 0000					
4 送付先 <small>※被保険者住所と異なる場合のみ記入</small>	住所	(〒 -)				
	受取人氏名		被保険者との続柄	受取人電話番号	()	
5 交付希望日	令和 ○年 ○○月 ○○日 ※余裕をもってご依頼ください。					
6 依頼目的	市役所で医療費自己負担分の払い戻しを受けるため					
7 医療費通知	交付対象期間	※発行できる直近の診療月は、依頼書を受付した月の3か月前までになります。 (例) 令和5年1月受付 ⇒ 令和4年10月受診分まで発行可能 <input type="checkbox"/> 平成 ・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 ~ <input type="checkbox"/> 平成 ・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 診療分				
	8 保険給付決定支払通知書	<input checked="" type="checkbox"/> 療養費(立替払い、治療用器具等)に関する証明				
交付対象者氏名		健保 一郎	被保険者との続柄	子		
交付対象期間		<input type="checkbox"/> 平成 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 令和 ○年 ○月 ~ <input type="checkbox"/> 平成 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 令和 ○年 ○月 給付分				
<input type="checkbox"/> 傷病手当金						
請求期間		<input type="checkbox"/> 平成 ・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 ・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日				
<input type="checkbox"/> その他						
証明を受けたい内容						
交付対象者氏名		被保険者との続柄				
交付対象期間	<input type="checkbox"/> 平成 ・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 ~ <input type="checkbox"/> 平成 ・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 給付分					
9 遺族記入欄	ご遺族が依頼される場合にご記入ください。 ※依頼できるご遺族は「権利承継届」を提出した方に限ります。					
	発行が必要な方の氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	被保険者との続柄	

記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
 二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

- ◆以下に該当する場合にご依頼ください
 - ・市町村の医療費助成の手続き等で『保険給付決定支払通知書』が必要になったとき。
 - ・退職後90日以上経過し、MY HEALTH WEB が閲覧できなくなり、『医療費通知』が必要になったとき。
- ◆注意事項
 - ・『医療費通知』は依頼書を受付した月の3か月前までの受診分が交付対象となります。但し、何らかの理由で医療機関から健保組合への請求が遅れている場合はこの限りではありません。
 - ・確定申告に必要な書類については、税務署にお尋ねください。
- ◆記入要領(記入例の番号と照合してください)
 - 共通: は該当するものにをご記入ください。
 - ①交付を希望する書類にをご記入ください。
 - ②この依頼書を事業所(会社)に提出する日または健保組合に送付する日をご記入ください。
 - ③退職している方は、最後に勤務していた会社名をご記入ください。
 - ④送付先が被保険者住所と異なる場合にご記入ください。
 - ⑤本依頼書到着日より1週間程度でお手元に届くよう準備いたしますが、ご希望に添えない場合がございますので、予めご了承ください。
 - ⑥通知書の使用目的をご記入ください。
 - ⑦『医療費通知』の交付をご希望の方はご記入ください。世帯全員分を発行いたします。
 - ⑧『保険給付決定支払通知書』の交付をご希望の方は、給付の種類にを付け、交付を希望する期間をご記入ください。
 - ⑨亡くなった被保険者の分をご遺族が依頼する場合にご記入ください。
- ◆添付書類…退職後に依頼する方、ご遺族の方のみ
 - ・公的機関等が発行するもので、氏名、生年月日及び住所の記載があるもの。
例) 運転免許証のコピー 等

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
 二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。
 ※退職者またはご遺族が依頼される場合は、本人確認書類*の写しが必要です。
 * 公的機関等が発行するもので、氏名、生年月日及び住所の記載があるもの。
 例) 運転免許証のコピー 等